

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Mai 1899, à 1 heure

PAR

M. OLIVIER

Né à Cannes le 2 mai 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CONGESTION PULMONAIRE
AU COURS
DE LA GRIPPE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. HAYEM, professeur.

WURTZ et DUPRÉ, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS :	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		BERGER
Clinique chirurgicale		DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON
Clinique d'accouchement		BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MAREAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE ET DE MON PÈRE BIEN AIMÉS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :
MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN
Médecin des hôpitaux
Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

La grippe, maladie infectieuse, contagieuse, épidémique. affecte volontiers l'appareil respiratoire. Pour les gens du monde et même pour quelques médecins, cette participation des voies respiratoires est indispensable pour constituer une grippe. Mais depuis la grande épidémie de 1889-90, nous savons qu'il n'en est rien et qu'à côté des formes thoraciques il faut placer des formes nerveuses, gastro-intestinales, etc.

Mais si l'infection du poumon peut faire défaut il n'en est pas moins vrai, que dans la majorité des cas, l'appareil respiratoire est atteint. Toutes les formes possibles de désordre, du côté des poumons, des bronches, de la plèvre ont été décrites. Laryngites, bronchites, bronchites capillaires, pneumonies. pleurésie, broncho-pneumonies, gangrène pulmonaire ont été rencontrées, mais au milieu de tous ces accidents la congestion pulmonaire mérite une place à part. Très fréquente dans la grippe, comme dans toutes les maladies infectieuses, elle a pu pourtant par ses

inaperçue dans quelques cas, mais dans d'autres, elle a pris la première place. Parfois même l'origine grippale a été méconnue, et l'on a pu, comme les statistiques de la ville de Paris en font foi, attribuer de nombreux décès à la congestion pulmonaire, sans se rappeler que la congestion du poumon n'est guère une maladie primitive et isolée.

Mais cette congestion n'est pas toujours identique à elle-même ; non seulement elle offre des degrés d'étendue et de gravité, mais elle peut revêtir des formes cliniques très distinctes pouvant donner lieu à de graves erreurs de diagnostic et de traitement. Ce sont ces formes qui ont pu être confondues avec des pneumonies, des pleurésies, des broncho pneumonies. Inversement l'on a pu croire aussi à une atteinte légère, alors que le malade succombait à une infection pulmonaire peu étendue.

Sans avoir l'intention de faire une étude complète de cette manifestation spéciale de la grippe, nous avons pensé qu'il serait intéressant de grouper quelques faits qui nous ont frappé.

Mais avant d'entrer dans le détail de notre sujet, qu'il nous soit permis de témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont aidé et encouragé dans nos études.

Nous adressons tout d'abord nos sincères remerciements à nos premiers maîtres en médecine et en chirurgie : MM. les professeurs Villard et Villeneuve

de Marseille. Nous sommes d'autant plus heureux de leur exprimer ici notre attachement, que c'est dans le service de M. le professeur Villard, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, que nous avons puisé la première idée de notre travail.

Nous remercions aussi les maîtres de la Faculté de Paris ; bien que nous n'ayons jamais été attaché officiellement à aucun service, nous avons recueilli leur enseignement, nous sommes fiers de les appeler nos maîtres, et nous nous efforcerons de mettre en pratique les conseils qu'ils nous ont donné au lit des malades.

M. le professeur Potain a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il reçoive ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.

Mais à côté de ceux qui nous ont donné leur science au cours de nos études, il y a ceux qui nous ont donné leur affection, à ceux-là encore, parents et amis, nous disons merci du fond du cœur. A vous surtout, merci, mes chères sœurs, qui m'avez prodigué tant de marques de votre affection ; vous le savez, je ne désire que les occasions de vous manifester ma reconnaissance.



Historique

Les accidents thoraciques de la grippe ont, dès les premières épidémies, attiré à juste titre l'attention des observateurs. La toux opiniâtre, la « Pertussis » des auteurs du xvi^e siècle, a de tous temps frappé les médecins et les malades. La pneumonie, la bronchite grave, la broncho-pneumonie ont été dans ces dernières années l'objet de nombreux travaux. Mais la congestion pulmonaire qui nous occupe a été moins étudiée, et si quelques-unes de ses formes ont servi de base à d'intéressantes recherches, leur lien avec l'infection grippale n'a pas été souvent étudié.

La notion de l'hypérémie pulmonaire est de date assez récente. Laënnec ne l'a pas nettement différenciée ; dans les premières années du siècle, on négligea même complètement de faire une place à la congestion que l'on confondait avec les inflammations. La réaction commença vers 1830, avec De-chambre, qui montra la fréquence de la congestion

pulmonaire chez les vieillards, avec Legendre et Bailly, qui étudièrent la congestion pulmonaire de l'enfance, et surtout avec Fournet, qui, en 1839, décrivit la congestion pulmonaire idiopathique. Woillez, en 1854, puis en 1866 et enfin en 1872, dans son *Traité des maladies des voies respiratoires*, reprend l'idée de Fournet et la développe. Depuis lors, des nombreux travaux ont éclairé la question.

Ils ont été très bien réunies dans les articles des récents traités ou manuels de médecine par MM. Marfan, Parmentier, par M. Queyrat dans la *Revue de Médecine* de 1886, puis MM. G. Sée et Talamon. M. Grancher a décrit une forme particulière de congestion nassive qu'il a désignée sous le nom de spleno-pneumonie. Enfin d'intéressantes recherches pathogéniques dues à MM. Potain, François, Franck, à Verneuil et à ses élèves, à Meunier (Thèse de Paris, 1896) ont permis d'affirmer non-seulement la réalité absolue du processus hyperémique, mais encore d'en pénétrer le mécanisme.

En ce qui concerne spécialement la congestion pulmonaire liée à la grippe, les matériaux historiques sont peu nombreux. Raige-Delorme dans le remarquable article *grippe*, du Dictionnaire en 30 volumes, la décrit sans la nommer, et on peut la retrouver dans les lignes qu'il consacre à la dyspnée, aux douleurs thoraciques, à l'expectoration des grippes. En 1837, Graves signale des formes asphyxiques avec

paralysie des poumons. En 1890, au cours d'une longue et importante discussion qui a occupé plusieurs séances de la Société médicale des hôpitaux, MM. Huchard, Ferrand, Comby sont revenus sur la question, M. Huchard a longuement insisté sur la forme qu'il appelle bronchoplégique et qui n'est autre que la forme asphyxique autrefois décrite par Graves.

Le côté bactériologique de la question a été abordé par un assez grand nombre d'observateurs ; nous citerons particulièrement MM. Vincent et Vailard, Netter, Chantemesse : mais la première constatation d'une infection pulmonaire due au bacille de Pfeiffer appartient, croyons-nous, à Meunier, dont le travail très important a paru en 1897 dans les Archives générales de Médecine.

A la vérité, ce travail dans l'esprit de son auteur ne concernait pas la grippe. Il s'agit simplement de broncho-pneumonies survenues sans désordres spécifiques de la santé, en sorte qu'il ne pense pas que ces broncho-pneumonies puissent être qualifiées de grippales. Et il ajoute cependant que, pendant qu'elles évoluaient, la grippe régnait parmi le personnel de l'hôpital, et qu'il devait y avoir là une influence épidémique. En lisant ces observations, on voit que les unes sont bien réellement des cas de broncho-pneumonies, mais la rapide évolution de quelques-unes et leur terminaison heureuse sont bien faites pour inspirer quelques doutes, aussi ne croyons-nous

pas déplacé de les produire au cours de notre étude sur la congestion pulmonaire grippale.

Mais dès maintenant nous tenons à aller au devant d'une objection sur laquelle nous reviendrons d'ailleurs. Nous devons dire que nous considérons les diverses formes de congestions que nous allons décrire comme dépendant de la grippe, parce qu'elles se sont montrées chez des sujets incontestablement atteints de grippe classique ou vivant au milieu d'un foyer épidémique.

Nous ignorons si elles sont fonction du bacille spécifique ou d'une infection surajoutée, faute de recherches bactériologiques personnelles ; mais le fait capital selon nous et que nous avons voulu mettre en évidence, c'est qu'elles ont constitué sinon des localisations, tout au moins des complications importantes de la grippe.



Formes cliniques

De la Congestion pulmonaire grippale

L'hypérémie pulmonaire grippale peut revêtir plusieurs aspects.

Elle peut d'abord se rencontrer à titre accessoire dans les localisations thoraciques diverses de la grippe ; mais ce n'est là qu'un cas particulier des congestions qui accompagnent les affections aiguës du poumon et nous n'y insistons pas.

Elle peut offrir, en second lieu, d'après M. Ferrand, un aspect spécial qu'il a décrit comme un état particulier du poumon précédant l'apparition des accidents pulmonaires aigus. On peut l'appeler forme atelectasique.

En troisième lieu, elle peut rappeler complètement le syndrome décrit par Woillez, la maladie de Woillez, la congestion pleuro-pulmonaire de M. Potain, la fluxion de poitrine de MM. Grasset et Dieulafoy.

Dans une quatrième catégorie de faits, la conges-

tion pulmonaire grippale prend les allures de la spléno-pneumonie de M. Grancher, congestion pulmonaire à forme pleurétique de M. Queyrat.

Un cinquième groupe comprend les cas où l'apparence est celle de la broncho-pneumonie.

Enfin la forme asphyxique de Graves, broncho-plégique de M. Huchard, peut revendiquer un certain nombre de cas.

Nous allons passer successivement ces formes en revue.



Forme atélectasique

Nous n'avons pas d'expérience personnelle sur cette forme de congestion pulmonaire signalée pour la première fois par M. Ferrand, mais il nous semble que l'étude des cas que cet auteur relate peut inspirer certaines réserves.

M. Ferrand a constaté « chez plusieurs malades
« atteints de grippe une diminution de perméabilité
« du parenchyme pulmonaire, une augmentation de
« densité de ce parenchyme, s'étendant à un ou plu-
« sieurs lobes ou même à un poumon tout entier ». Puis il ajoute : « Cet état que je crois être congestif et
« peut-être sous la dépendance d'une perturbation
« nerveuse, m'a paru pouvoir entrer en résolution
« sans se caractériser davantage, tandis que dans
« d'autres circonstances, il a manifestement précédé
« une altération vraiment pneumonique ».

Le premier cas — il y en a trois — est relatif à une jeune fille de 13 ans atteinte de grippe à forme gastrique, caractérisée par des vomissements répétés ;

les accidents thoraciques consistaient en affaiblissement respiratoire, submatité, résonnance de la voix et une augmentation relative des vibrations, ils durèrent trois jours.

Dans le second cas rapporté, ces phénomènes ne durèrent que 48 heures et furent remplacés après ce temps « par des râles crépitants, qui devinrent rapidement humides et, après une légère défervescence, « se reproduisirent du côté opposé et furent bientôt « suivis de collapsus et de mort ». La malade était une femme de 78 ans.

La rapidité de la disparition des phénomènes pulmonaires semble bien indiquer qu'il y avait là un simple processus hypéremique. Peut-être faut-il y voir une ébauche de maladie de Woillez ? Peut-être aussi le second cas n'est-il autre chose qu'une pneumonie sénile ?

Il serait à désirer que des cas nouveaux fussent publiés ; on ne peut, en effet, se faire une opinion précise d'après les quelques faits de M. Ferrand, et une étude plus complète serait nécessaire pour établir la vraie nature et la valeur nosographique de ces accidents.



Forme de fluxion de poitrine

Cette forme paraît correspondre exactement à la forme de congestion pulmonaire que décrivit Woillez. et sur laquelle on a longuement discuté sans arriver d'ailleurs à une entente complète. On connaît le tableau qu'en a tracé Woillez. « C'est, dit-il, une fluxion sanguine aigüe, avec fièvre au début, à invasion brusque, à terminaison rapide ; elle n'a généralement pas de prodromes, quand il en existe, ils consistent en un peu de toux, un léger malaise, une légère douleur ou plutôt un endolorissement des parois thoraciques. La fièvre existe dès le début mais elle est moins marquée que la fièvre pneumonique 39°, 39°5 ; elle dure peu, 2 à 3 ou 4 jours, puis elle tombe ».

Le point de côté est à peu près constant et moins limité que dans la pneumonie ; comme l'ont fait remarquer MM. Dieulafoy, Potain, Grasset, ce n'est pas simplement un point douloureux, c'est une sensation douloureuse étendue à toutes les parties molles du thorax

La dyspnée plus ou moins intense est due plutôt à la douleur et à la fièvre qu'à l'intensité des lésions. La toux médiocrement fréquente est sèche au début ; quand l'expectoration se produit, elle est aérée, grisâtre, aqueuse, ressemblant à une solution de gomme : on y trouve quelquefois des stries sanglantes.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants : il y a une voussure appréciable au cyrtomètre.

La percussion donne de la submatité plutôt que de la matité, cependant, toutes les nuances de son peuvent être observées, et si la matité complète de l'hépatisation ou de la pleurésie est rare, on l'a pourtant rencontrée.

A la palpation, les vibrations sont peu modifiées ou légèrement augmentées.

A l'auscultation, on note d'abord l'affaiblissement du murmure vésiculaire, quelques râles fins, plutôt sous crépitants que crépitants, se font entendre, mais il y a surtout un souffle doux, diffus, ayant rarement le caractère tubaire ou même bronchique, bien qu'il puisse le prendre.

En présence de pareils accidents, on se défend difficilement de l'idée que l'on a affaire à une pneumonie abortive. M. Duflocq a trouvé le pneumocoque dans les crachats, mais d'autres observateurs n'ont pu y déceler sa présence. C'est en somme avec la pneumonie qu'on est le plus exposé à confondre cette congestion aigüe ; la distinction se fera d'après l'état

général moins grave dans la maladie de Woillez : par la précocité et la diffusion du souffle ; par les caractères spéciaux de l'expectoration ; enfin, par la marche qui est beaucoup plus rapide que celle de l'infection pneumococcique ordinaire.

La congestion aigüe associée à la grippe diffère-t-elle des cas décrits par Woillez ? Les deux cas sur lesquels a été attirée notre attention et que nous décrivons ci-dessous : l'un ancien, l'autre tout récent, nous paraissent en avoir reproduit les traits essentiels. Peut-être même est-il permis de se demander si les formes à prodromes que Woillez considère comme rares, n'ont pas été simplement des grippes sur lesquelles est venue se greffer une congestion aigüe ?

OBSERVATION I (Inédite)

(Marseille 1895)

Marie P..., phtisique en traitement, se trouve dans la salle Ste-Elisabeth au moment où on y reçoit un certain nombre de grippées, trois jours après l'admission d'une femme atteinte de grippe qui se trouve à

côté d'elle, elle est prise de fièvre, de dyspnée et d'un violent point de côté. Dans toute la hauteur du poumon droit en arrière, la respiration est affaiblie; la percussion donne dans les $\frac{2}{3}$ inférieurs un peu de submatité, le thorax est douloureux à la pression, il n'y a pas d'expectoration. T. 39° .

Le lendemain l'état général est resté le même, on entend dans toute la hauteur de la région submate un souffle à timbre bronchique, diffus, accompagné de quelques crépitations fines que la toux exagère. T. $39^{\circ}3$.

En présence de l'état général, de la dyspnée, on pense à une poussée tuberculeuse, l'examen de l'expectoration qui est peu abondante, révèle la présence du bacille de Koch dans quelques crachats; des streptocoques, quelques pneumocoques provenant probablement de la bouche,

Le troisième jour l'état est le même, la température oscille autour de 39° .

Le quatrième jour, à la visite du matin, la transformation est complète. Il n'y a plus de douleurs, le souffle est très atténué et on entend de nombreux râles sous-crépitants qui ont eux-mêmes très rapidement disparu les jours suivants.

Fait important : la tuberculose n'a pas paru influencée par cette congestion aigüe.

OBSERVATION II (Inédite)

Mademoiselle S..., 18 ans, vient de faire par un froid assez vif (22 décembre 1898) un voyage de nuit en chemin de fer. Elle a eu très froid, s'est senti fatiguée et a eu plusieurs frissons. Souffrante depuis plusieurs jours, elle avait du corysa, de la courbature, de l'inappétence.

23 *Décembre*. — Point de côté violent à droite. T. 39°6. Dyspnée, toux sèche, quinteuse à la percussion submatite, à l'auscultation, diminution très marquée du murmure vésiculaire, sous-crépitanls nombreux par la toux, souffle tubaire très étendu, de l'épine de l'omoplate à la base du poumon. Bronchophonie.

24. — Même état, la nuit a été très mauvaise. T. 39°8.

25. 26. — Même état. T. varie entre 39° et 40°.

27. — Changement complet, la fièvre est tombée, le souffle a perdu de son intensité. Râles fins nombreux, la malade se sent fatiguée, mais ne souffre pas.

30. — La guérison est complète. Il reste un léger affaiblissement du murmure vésiculaire dans le côté droit du thorax, avec une très légère diminution de la sonorité à la percussion.



Forme de spléno-pneumonie

La spléno-pneumonie telle qu'elle a été constituée par les recherches de MM. Grancher, Bourdel, Queyrat est une affection très singulière au point de vue clinique, mais qui n'a pas d'existence anatomique, les autopsies donnant des résultats contradictoires. Rappelons dans leurs grandes lignes les traits généraux de l'affection.

Le début est assez brusque, quelquefois même brutal, tantôt avec des frissons, tantôt avec un frisson unique. Le symptôme le plus constant est le point de côté très intense généralement. Il y a de la toux et l'expectoration rare ou assez abondante au contraire offre des caractères semblables à ceux qu'elle présente dans la maladie de Woillez.

Les signes physiques sont ceux d'une pleurésie ; affaiblissement respiratoire, obscurité même, souffle doux, égophonie, de là des erreurs de diagnostic ; l'évolution est lente, la résolution pouvant se faire attendre des semaines. Chez le malade qui fait l'ob-

jet de notre observation, la confusion eût été possible sans un examen attentif ; mais celui-ci révélait des phénomènes stephoscopiques qui excluaient l'idée de pleurésie.

D'abord le souffle était trop diffus, trop étendu pour un souffle pleurétique. Pas de variation dans ce souffle, partout le même timbre, bien plus : au lieu de s'atténuer et de disparaître à la base comme le souffle pleurétique, chez notre malade le souffle existait identiquement le même, à la base comme à la partie moyenne.

Dans la pleurésie, la toux ne fait pas percevoir de râles. Chez notre malade, dans les points où la matité était au maximum, là où les vibrations thoraciques étaient éteintes, on entendait en faisant tousser le malade des râles fins. De plus à la base, pendant toute la durée de l'affection, nous avons pu constater des frottements pleuraux très nets, c'était là un signe pathognomonique de l'absence du liquide.

L'égophonie n'est pas apparue dès le début, elle a été précédé d'une résonnance diffuse de la voix, une véritable bronchophonie. Quand elle s'est produite elle a eu son maximum à la partie moyenne de la poitrine où elle a persisté alors que la respiration redevenait appréciable à la base, or, il ne s'agissait certainement pas d'une pleurésie interlobaire ou médiastine, la disposition de la matité n'était nullement en faveur de cette hypothèse.

Pour toutes ces raisons et en face des craintes qu'elle inspirait au malade, nous n'avons pas cru devoir pratiquer la ponction exploratrice de la plèvre. Légitime dans certains cas, elle nous a paru tout à fait superflue en présence des râles et des frottements de la base. Dans notre cas l'évolution a été lente, la maladie a duré plus d'un mois ; malgré les antécédents héréditaires du malade, il a été impossible, jusqu'à ce jour, de constater le moindre signe de tuberculisation pulmonaire.

S'il nous était permis de tirer des conclusions d'un cas isolé, nous dirions volontiers que la spléno-pneumonie grippale est une maladie assez bénigne susceptible de résolution complète. Peut-être cependant n'en serait-il pas de même à l'hôpital ou chez des malades exposés au contact des phtisiques. Comme signe particulier, nous ne tenons à noter que la présence de stries sanglantes dans l'expectoration ; ce caractère n'est pas signalé par les auteurs qui ont traité de la spléno-pneumonie, mais nous ne pensons pas que sa présence puisse infirmer en quoi que ce soit le diagnostic qui nous paraît suffisamment justifié par l'évolution des accidents, la présence des signes pseudo-pleurétiques et l'amélioration de l'état général alors que l'état local ne subissait aucune modification.

OBSERVATION III

(Personnelle-Inédite)

M. A., artiste peintre, âgé de 28 ans, est atteint à la fin du mois de février 1899, d'une grippe classique de moyenne intensité, avec coryza, phénomènes généraux assez marqués, fatigue, inappétence, insomnie.

Le 3 mars, nous le voyons pour la première fois, il se plaint surtout d'être très fatigué, la langue est blanche, il y a une légère douleur à la base droite de la poitrine, mais ni la percussion, ni l'auscultation la plus attentive ne décèlent le moindre signe stéthoscopique. Peut-être un peu d'affaiblissement du murmure respiratoire, mais on peut le mettre sur le compte de la gêne que la douleur apporte aux mouvements respiratoires un peu étendus.

M. A., n'a jamais eu de maladie grave de l'appareil respiratoire, dans l'enfance quelques poussées de blépharite, la rougeole, la coqueluche à 5 ans ; à 20 ans il a contracté la syphilis qu'il a soignée pendant 18 mois, dont on ne constate aucune trace. Il n'a pas eu l'influenza pendant la grande épidémie de 1889-90. Son père est mort phtisique, sa mère est très robuste, il n'a jamais eu ni frères, ni sœurs, c'est un névropathe qui se fatigue facilement, a des accès de découragement, des migraines, etc...

Le lendemain 4 mars, il a passé une mauvaise nuit

a eu de la fièvre, un peu de subdélire (il est extrêmement nerveux) la douleur thoracique s'est accentuée; la percussion donne de la matité dans une étendue de deux travers de doigt à la base droite, de la colonne vertébrale à la ligne axillaire. Au même niveau l'auscultation fait entendre : 1° Une diminution très marquée de la respiration ; 2° des frottements pleuraux nombreux qui ressemblent à des râlessous-crépitants. Rien ailleurs. Cœur normal. Temp. 38°2. Traitement, sinapismes *loco-dolenti*, grogs chauds. Chlorhydrate de quinine, 0,50 centigrammes.

5 mars — Nuit mauvaise. Toux, expectoration mousseuse avec quelques stries sanglantes. La matité s'est élevée et atteint l'angle inférieur de l'omoplate. Sur toute la hauteur, souffle presque tubaire ; la toux fait apparaître des crépitations fines à la base, frottements. Bronchophonie. Température 39°2. Dyspnée. N'étaient la rapidité de l'apparition, l'extension du souffle et les caractères de l'expectoration, on croirait à une pneumonie.

6 mars — Même état, la voix prend un timbre un peu chevrotant, manifeste surtout à la partie moyenne de la zone du souffle. A la base le retentissement de la voix est nettement bronchophonique. Temp. 39°5. Vibrations thoraciques nulles,

7 mars. — Même état.

8 mars. — Même état. Souffle plus accentué.

9 mars. — Même état.

10 mars. — Tempér. oscille autour de 39°.

Le 11 mars, la fièvre tombe, la dyspnée diminue, mais les signes stéthoscopiques restent les mêmes. Urine rouge foncée, peu abondante. Se sentant un

peu d'appétit le malade essaie de manger, il en résulte une véritable indigestion. Pointes de feu.

12 mars. — L'état local n'a toujours pas changé, mais l'état général est incomparablement meilleur. Il n'y a presque pas de dyspnée, la langue se nettoie. La toux est rare, l'expectoration nulle, la douleur thoracique existe encore, mais très atténuée.

Les jours suivants, l'état général continue à s'améliorer sans le moindre changement dans l'état local, les signes stéthoscopiques restent ainsi les mêmes jusqu'au 6 avril, malgré des applications répétées de pointes de feu qui n'amènent aucune modification. Les sommets sont indemnes, il n'y a aucune voussure. A ce moment on fait prendre au malade quatre cuillerées à café d'iodure de caféine. Est-ce coïncidence, est-ce l'influence réelle du médicament ? Dans la nuit qui suit, il se produit une diurèse abondante (2 litres entre 10 h. soir et 5 h. matin) accompagnée de sueurs profuses.

7 avril. — Le malade est très faible, mais se sent bien, à l'examen du thorax, on trouve : 1° des râles sous crépitants assez nombreux ; 2° du souffle ; 3° de l'égophonie nette à la partie moyenne du poumon, et dans le même point la toux fait entendre des râles sous crépitants fins.

8 avril. — Encore des sueurs la nuit, le souffle ne s'entend plus qu'à la partie moyenne du thorax ; l'égophonie persiste au même niveau, râles sous crépitants très nombreux disséminés.

9 avril. — Disparition du souffle.

10 avril. — Le malade s'est levé la nuit et a eu

froid, le matin le souffle est revenu à la partie moyenne du poumon.

11 avril. — Le souffle a disparu.

Le 25 avril. — Le malade quitte Paris. Au moment du départ l'examen de la poitrine donne les résultats suivants : le murmure vésiculaire est un peu voilé, comparativement à l'autre côté : il n'y a plus ni râles, ni souffle, ni égophonie ; les vibrations thoraciques sont revenues, mais moins nettes que du côté gauche, la sonorité thoracique est presque normale. Les frottements pleuraux de la base, constatés au début et qui n'ont à aucun moment cessé d'être perceptibles, existent encore. Les sommets sont absolument indemnes.



Forme de Broncho-pneumonie

Nous pensons que cette forme est susceptible d'une description spéciale, son existence ne nous paraît pas douteuse ; voici d'ailleurs, les considérations sur lesquelles on peut se fonder, il nous semble, pour l'admettre.

La congestion pulmonaire grippale, forme de broncho-pneumonie se présente avec les allures classiques de la broncho-pneumonie : température élevée, dyspnée, souvent douleur thoracique vive du côté affecté. Dans les observations de Meunier et dans le cas que nous relatons, elle a été unilatérale et a affecté la forme de la broncho-pneumonie massive. Chez notre malade elle a complètement guéri, chez ceux de Meunier, une fois elle s'est terminée par la guérison, deux fois l'affection a revêtu une marche spéciale qui nous paraît digne d'attention.

Les enfants qui font le sujet de ces observations ont eu d'abord une infection pulmonaire circonscrite dans laquelle la ponction capillaire n'a révélé que du

bacille de Pfeiffer. Puis pendant la convalescence une nouvelle infection pulmonaire s'est produite, due à une maladie intercurrente (rougeole) et l'évolution a été celle d'une broncho-pneumonie ordinaire.

Pourquoi ne pas admettre qu'il y a eu là deux infections distinctes ; la première certainement grip-pale, la seconde d'une autre origine et qui s'est produite en vertu de conditions multiples, parmi lesquelles la débilitation de l'organisme par l'infection pfeifférienne nous paraît mériter la première place ?

Quant au cas que nous avons en vue, nous pensons qu'il s'est agi de simples poussées congestives et non de noyaux de vraie broncho-pneumonie ; ce qui nous porte à émettre cette opinion, très sujette à réserve, nous le reconnaissons volontiers, c'est la prompte résolution des foyers ; on sait, en effet, que les broncho-pneumonies à noyaux confluents ne se résolvent guère ; leur tendance est de suppurer, ou de laisser derrière elles des reliquats qui constituent une forme de sclérose broncho-pulmonaire.

OBSERVATION IV (inédite)

F..., enfant de sept ans, est pris le 3 janvier 1899 d'un coryza avec mal de gorge, abattement. T. 38°.

5 janvier, accès de laryngite striduleuse ; le lendemain, violentes douleurs occupant la base du thorax à droite et s'accompagnant de dyspnée intense. T. 39° 8. 40 respirations. La respiration est obscure ; la toux est sèche. Le petit malade est très développé pour son âge, il n'a jamais été sérieusement atteint auparavant, il a eu une scarlatine qui n'a pas laissé de désordres rénaux à sa suite.

Les 8, 9 et jours suivants, la zone obscure est le siège d'un souffle intense à timbre tubaire, sans râles, la dyspnée est très forte, la T. oscille entre 39° et 39° 5. Cet état persiste 11 jours sans changement appréciable ; le 12^e jour, la fièvre tombe, la respiration redevient normale dans la partie inférieure de la poitrine.

Observations tirées du mémoire de Meunier
(Archives générales de Médecine 1897)

OBSERVATION V

Observation VI du mémoire.

9 Novembre 1896, — Raymond Ch., 1 an, venant du dehors, bien portant, poids 9,400.

12. — Amené dans le service de médecine : broncho-pneumonie droite, dyspnée, agitation, diarrhée. T. 40°.

17. — Signes nets de broncho-pneumonie : matité et râles sous-crépitaux à la base droite, respiration soufflante, teint pâle, aspect cachectique, gorge rouge avec exsudats. Ensemencement de la gorge ; streptocoques abondants et autres bactéries. Ponction capillaire pulmonaire. Milliers de colonies de Pfeiffer, quelques colonies d'un coccus indéterminé. Sang des doigts ; quelques colonies de Pfeiffer.

Du 17 au 25, la broncho-pneumonie évolue vers la résolution, la température baisse progressivement et redevient normale.

Vers le 25, le poids de l'enfant qui avait diminué de 1600 gr., commence à augmenter.

Du 25 nov. au 15 déc., température normale. Bon état général ; pas de gêne respiratoire, alimentation et digestion régulière ; cependant le teint reste pâle. A l'auscultation on entend toujours des râles sous-crépitaux aux bases (dilatation bronchique ?) et la base droite reste submate. Poids stationnaire à 8.600 grammes.

Le 18, ascension thermique, puis rougeole déterminant la réapparition immédiate des accidents pulmonaires : foyers de broncho-pneumonie des deux côtés, dyspnée intense, état grave, température oscille autour de 39°.

Le 28. — Mort. Ensemencement post-mortem (4 heures) sang du cœur, stérile. Poumons : pas de Pfeiffer mais grande abondance de microbes vul-

gaires : streptocoques, staphylocoques dorés, pneumocoques, un proteus, un diplocoque.

Autopsie. — Broncho-pneumonie suppurée avec dilatation bronchique dans la zone inférieure du lobe supérieur gauche, et dans la moitié postéro-interne du lobe inférieur droit. Broncho-pneumonie au sommet droit. Emphysème et atélectasie du sommet gauche. Ganglions du hile gros, rouges, non tuberculeux.

OBSERVATION VI

Observation VII du Mémoire.

Le 8 novembre 1896. — W. Alfred, 22 mois, venant du dehors. Enfant rachitique, très chétif, maigre, misérable. Poids 7,000. Père et mère morts tuberculeux.

Le 9. — Fièvre sans localisation infectieuse apparente (soupçon de tuberculose).

Le 12 et 14. — Poussées irrégulières de fièvre ; quelques râles de bronchite disséminés, rate grosse, amaigrissement.

Du 15 au 18. — Etat stationnaire, mais sans nouveaux accès fébriles, décroissement progressif du poids.

Le 21. — La température monte lentement, signes d'infection bronchique aux deux sommets, à la base droite, râles fins et souffle. Ponction capillaire Pfeiffer pur très abondant.

Du 22 au 26. — Température entre 39° et 40°, respiration rapide, mêmes signes pulmonaires, pas de diarrhée.

Le 29. — Retour à la normale ; évolution de la pneumonie droite, dont les signes ne disparaissent pas complètement ; malgré la cessation des phénomènes d'infection, l'état général reste précaire, le poids ne cesse pas de diminuer.

Le 4 décembre. — Petit accès de fièvre brusque et sans suite (38°4), ponction pulmonaire au niveau du reliquat de la pneumonie récente ; Pfeiffer pur.

Du 15 au 18. — Période athermique ; une légère reprise de poids.

Le 19. — Nouvelle infection aiguë des poumons : état immédiatement très grave ; tirage, dyspnée, fièvre avec de grandes oscillations.

Le 23. — Mort.

Examen bactériologique post mortem (7 heures). — Poumons, pneumocoques en grande abondance, staphylocoque doré, colibacille, un diplocoque indéterminé, pas de Pfeiffer, sang du cœur, stérile.

Autopsie. — Adénopathie tuberculeuse du médiastin, broncho-pneumonie pseudolobaire bilatérale.

OBSERVATION VII

Observation VIII, du Mémoire.

Le 9 nov. 1896. — B. Georges, venant du dehors rachitique.

Le 15. — Fièvres, angines, toux, passage dans le service de médecine.

Le 16. — Signes d'infection bronchique, dyspnée, respiration soufflante à gauche, t. 39°2.

Le 17. — Broncho-pneumonie gauche probable, sans foyer circonscrit, ponction pulmonaire stérile.

Le 21, foyer démasqué à la partie moyenne du poumon gauche; râles de bronchite des 2 côtés; dyspnée, érythème infectieux généralisé, deuxième ponction pulmonaire; Pfeiffer en extrême abondance, quelques colonies d'un bacille indéterminé.

Du 23 au 30, la broncho-pneumonie se résout, la température redevient normale; l'état général s'améliore. Cependant l'enfant reste pâle et n'augmente pas de poids.

Du 1^{er} au 31 décembre, convalescence lente, bien que les signes pulmonaires aient disparu, le petit malade ne se relève pas, son poids reste stationnaire. Le 31, il est repris par ses parents sans qu'il se soit produit d'incidents nouveaux.



Forme bronchoplégique

« Il y a, dit M. Huchard, dans les affections chroni-
» ques des bronches, de même que dans celles du myo-
» carde où le cœur est frappé de parésie, une sorte d'a-
» systolie ou de bronchoplégie, à laquelle les malades
» succombent le plus souvent ; ce n'est pas seulement
» à l'expectoration qu'il faut s'attaquer, mais aussi
» et surtout à la paralysie pulmonaire et bronchique. »
Cette forme bronchoplégique peut présenter deux
variétés : l'une véritablement primitive, l'autre con-
gestive, la seule dont nous devons nous occuper ici.

Le fait suivant s'y rapporte.

OBSERVATION VIII (Personnelle inédite)

Un de nos amis, M. G..., est pris au milieu de
janvier 1899 d'une grippe de moyenne intensité qu'il

ne soigne pas, bien qu'elle le préoccupe beaucoup. M. G... est un névropathe héréditaire. son père est mort d'hémorrhagie cérébrale; sa mère, bien nerveuse malgré son âge (76 ans), est d'une impressionnabilité extrême; il a un frère aliéné.

Agé de 32 ans, il n'a jamais eu de maladies graves, mais c'est un neurasthénique achevé, avec des insomnies fréquentes, de la céphalée en casque, et un état mental particulier; il est sujet à des accès de grippe.

Mélancolie sans motif, a des crises d'idées noires, pendant lesquelles tout lui devient insupportable. Ses affaires assez délicates du reste, lui causent de grands soucis, il se chagrine des moindres mécomptes et dans certains moments les plus minimes contrariétés prennent à ses yeux les proportions d'un désastre.

Au second jour de sa grippe il est appelé brusquement en province auprès d'un proche parent gravement malade, il fait un voyage fatigant, assiste à la mort de son parent et passe 48 heures dans des conditions morales fort tristes et dans un milieu des moins confortable. Il revient au bout de ce temps encore très impressionné.

La grippe ne s'est naturellement pas améliorée, mais il tousse peu. Ce qui frappe chez lui, c'est un abattement, une prostration hors de proportion avec les signes constatés du côté de son appareil respiratoire. En effet on ne constate chez lui que quelques râles de bronchite disséminée, un peu de matité à la percussion et de diminution du murmure vésiculaire à la base droite, quelques râles sous-crépitants fins au même niveau, pas de souffle. T. 38°5.

Le 20 janvier, l'état général est mauvais, l'état local reste le même ; mais il y a une dyspnée violente à allure paroxystique dont l'auscultation ne peut donner la raison. Le cœur bat faiblement mais sans bruits anormaux ; l'urine est rouge foncé, mais ne contient pas d'albumine. Inappétence absolue, insomnie, céphalalgie, un crachat sanglant est rendu dans la journée. T. 38°

Le 21, la zone d'obscurité respiratoire est un peu agrandie, il y a encore eu des crachats sanglants. La dyspnée persiste, le malade a le sentiment d'une fin prochaine, son entourage cherche à le rassurer. Mais il reste prostré, en proie à une angoisse intense dont l'examen ne donne pas la raison. On finit par admettre que les phénomènes dont il se plaint sont liés à son état névropathique. Les crachats sanglants ne diffèrent pas de ceux que rendent assez souvent les grippés. A part la petite bande d'obscurité respiratoire les poumons fonctionnent, il y a toujours quelques râles de bronchite disséminés et c'est tout.

Le 22, même état général, seulement l'asphyxie se prononce, les râles sont plus nombreux, dyspnée intense, cyanose des ongles et des lèvres. Mort subite à 3 h. de l'après-midi.

Le traitement a consisté en grogs, chlorhydrate de quinine, caféine, voix vomique, ventouses.

Le côté frappant de cette observation c'est cette dyspnée que rien n'explique, ni l'état du poumon qui en somme n'est pris que sous une petite étendue ;

ni la bronchite, puisqu'on en constate fort peu ; ni une intoxication urémique puisque les urines sont à peu près normales ; ni l'état du cœur, ni la fièvre puisque la température ne s'élève pas au-dessus de la normale. L'asphyxie est arrivée ici en l'absence de lésions mécaniques suffisantes pour la produire.

Or cette dyspnée à peu près sans cause, sans cause apparente du moins, cette asphyxie, c'est bien là ce que M. Huchard a noté chez les malades. Très justement, semble-t-il, il l'attribue à la paralysie des poumons et la compare aux pneumonies vago-paralytiques. Il y a pourtant une différence entre les cas que nous avons observés et ceux de M. Huchard ; les bronchoplégiques vraies de M. Huchard n'offraient pas de signes stéthoscopiques, notre malade appartenait à cette catégorie spéciale dans laquelle les troubles paralytiques se surajoutent à une lésion matérielle.

Nous ferons aussi remarquer que le sujet de notre observation a craché du sang et en 1890, M. Peter, dans ses cliniques a insisté sur la gravité particulière de ces formes hémoptoïques, gravité qui semble pourtant aujourd'hui avoir été exagérée, la présence du sang dans les crachats pouvant coïncider avec des formes qui guérissent (Obs. I).

Le diagnostic de la congestion pulmonaire grip-pale à forme bronchoplégique repose donc bien plus sur l'état général que sur les signes locaux ; obscurité res-

piratoire, râles fins associés au souffle (souffle crépissant de Huchard) peuvent se trouver dans des formes de gravité moindre, la véritable caractéristique, c'est l'état général, c'est l'angoisse, c'est la dyspnée, symptômes hors de proportion avec l'état révélé par l'exploration du thorax.



Bactériologie

A notre grand regret nous devons reproduire dans ce chapitre les recherches et les opinions d'autrui, les matériaux personnels nous faisant malheureusement défaut. Nous le regrettons d'autant plus qu'il y aurait un très grand intérêt à établir la vraie nature des complications congestives qui font l'objet de cette étude. Mais d'autres, en très petit nombre d'ailleurs, ont pu faire ce que nous n'avons pu même tenter pour des raisons faciles à comprendre si l'on se rappelle que la base de pareilles recherches est la ponction exploratrice du poumon. A l'époque à laquelle remonte notre première observation on ne la pratiquait qu'avec de grandes réserves, et dans ces derniers mois les malades qui font l'objet de nos observations, appartiennent à la clientèle civile et ne se seraient pas prêtés à cette manœuvre assez effrayante en somme, si inoffensive qu'elle soit.

On sait que jusqu'en 1892, époque à laquelle Pfeiffer découvrit le bacille de la grippe, la nature

exacte de cette maladie était ignorée. La contagiosité bien démontrée, la présence de la fièvre, de modifications urologiques spéciales, la tuméfaction de la rate, le nombre et la gravité des accidents surajoutés ne permettaient pas de mettre en doute le caractère infectieux de la grippe ; mais l'agent pathogène restait inconnu.

Des examens bien faits avaient conduit successivement à considérer comme des agents d'infection secondaire les cocci en chaînettes vus par *Seiffert* en 1883 ; le streptocoque incriminé par *Ribbert*, *Finkler*, *Vaillard* et *Vincent* ; le pneumocoque signalé par *Weichselbaum* ; le pneumo-bacille de *Friedlander* trouvé par *Jolles*. Telle était la variété de ces infections que *Weichselbaum* se demandait si la grippe n'était pas tout simplement due à l'augmentation de la virulence des microbes normaux de l'organisme, exaltation due à des conditions météorologiques particulières. Nous ne signalons que pour mémoire l'hémotozoaire de *Klebs*, peut-être était-ce un souvenir du paludisme, auquel d'ailleurs on a souvent comparé l'influenza (*G. Sée*).

Les choses en étaient là, quand *Pfeiffer* fit connaître en 1892 le vrai microbe de la grippe ; on sait que c'est un bacille très petit, à extrémités arrondies, qui se colorent bien, alors que le centre se colore mal. De là un aspect particulier de double point et le nom de cocçobacille donné au microbe en question.

Déjà difficile à voir, en raison de sa petitesse, il a encore l'inconvénient de se cultiver difficilement ; les bouillons ordinaires ne lui conviennent pas, il ne se développe que dans un liquide additionné d'hémoglobine ; enfin, il n'est pas pathogène pour la plupart des animaux utilisés dans l'expérimentation courante. Il ne le serait que pour le singe (Netter) et dans certaines conditions pour le lapin. Le sérum n'a pas de propriété agglutinante. Il faut noter aussi que la plupart des microbes et surtout le streptocoque, en s'associant à lui, exaltent sa virulence.

Sur le vivant, le bacille de Pfeiffer a été rencontré en abondance dans la salive, le mucus broncho-nasal, le suc pulmonaire, mais c'est dans ce dernier liquide qu'il paraît vivre avec la plus grande intensité. « Le poumon, dit M. Galliard, est le plus grand champ de bataille du bacille de Pfeiffer et des microbes qui l'accompagnent ». Mais on le rencontre aussi dans le sang où Meunier l'a observé, contrairement à l'opinion de Pfeiffer lui-même qui dit ne pas avoir pu le mettre en évidence. Pour l'extraire du sang, la piqûre du doigt suffit. Pour l'extraire du poumon on a recours à la ponction exploratrice de cet organe. On se sert d'une seringue de Pravaz munie d'une aiguille un peu longue, bien stérilisée et après avoir fait l'antisepsie de la peau on l'enfonce directement dans l'organe tout en aspirant ; les quelques gouttes de liquide que l'on retire servent aux ensemencements.

Cette ponction au dire de ceux qui l'ont pratiquée est inoffensive et peu ou pas douloureuse, encore ne s'agit-il que de douleur cutanée qu'il est toujours possible d'atténuer par un procédé quelconque d'anesthésie locale.

C'est en procédant de la sorte, que les différents observateurs ont recherché la présence du bacille de Pfeiffer dans les poumons des grippés à localisation pulmonaire, presque toujours leurs recherches ont été couronnées de succès. Mais presque toujours aussi ils ont trouvé ce bacille associé au pneumocoque de Talamon Frankel, au pneumobacille de Friedlander etc... Seul *Meunier* a obtenu une culture absolument pure de bacille de Pfeiffer dans un cas de broncho-pneumonie qu'il a étudié. Il est vrai que cet auteur n'attribue pas nécessairement à la grippe les broncho-pneumonies qu'il décrit, mais il reconnaît pourtant qu'elles ont coïncidé avec des cas nombreux de grippe ayant frappé le personnel de l'hôpital.



Considérations pathogéniques

Ainsi que nous l'avons déjà dit, au cours de cette étude nous ne sommes pas en mesure de préciser la nature exacte des accidents que nous venons d'examiner. S'agit-il de localisation du bacille de Pfeiffer ? ou au contraire d'infections secondaires ? C'est là une question que nous ne pouvons pas trancher complètement, bien que les données de la clinique nous permettent de pencher vers une origine pfeifférienne. Disons en tout cas que les congestions qui nous occupent nous paraissent manifestement liées à la grippe.

Nous connaissons, en effet, la physionomie spéciale des infections pulmonaires dues à d'autres microbes que le bacille de Pfeiffer. M. Menétrier n'a pas trouvé dans la pneumonie grippale autre chose que le Talamon Frankel ; MM. Netter, Vincent et Vaillard, n'ont rencontré que le streptocoque dans les broncho-pneumonies ; et si l'on excepte quelques broncho-pneumonies à bacille de Pfeiffer vues par Meunier, il semble que les localisations pulmonaires vraiment grippales affectent plus volontiers les carac-

tères hyperémiques que le caractère phlegmasique, pour employer une expression un peu surannée.

Les bronchoplégies de M. Huchard, ne sont probablement pas dues à des infections surajoutées ; quant à la forme spléno-pneumonique, elle n'a pas de bactériologie spéciale, elle n'a même pas d'anatomie pathologique qui lui soit propre, puisque dans les rares autopsies que l'on a, les lésions n'étaient pas identiques. Il est probable que le bacille de Pfeiffer peut déterminer cette forme curieuse d'hyperémie massive ; en tout cas, les faits de Meunier prouvent que des localisations pulmonaires étendues peuvent parfois résulter de son action.

Mais la bactériologie n'indique pas tout. Elle ne nous dit pas en particulier, pourquoi une même infection bénigne chez l'un est grave chez l'autre ; il faut ici faire intervenir une question de terrain, de prédisposition acquise ou héréditaire, et ici faire une large part aux altérations et aux troubles fonctionnels du système nerveux. Il est hors de doute que la section ou la paralysation des nerfs du poumon peut produire des hyperémies de cet organe ; on sait que la section des pneumogastrique amène un état particulier des poumons, une sorte de broncho-pneumonie, mais l'infection qui ne tarde pas à se produire n'est pas un phénomène initial et précoce, elle n'est que consécutive aux troubles vaso-moteurs. Chez les vieux hémiplegiques, chez les épileptiques, on a

remarqué avec quelle facilité s'installe la congestion pulmonaire. L'expérimentation, entre les mains de Claude Bernard, Longet, Vulpian, Arloing et Tripier, a mis hors de doute l'influence des troubles nerveux locaux sur sa production ; et plus récemment la thèse de Meunier appuyée sur de nombreuses expériences est venue apporter à la question, l'appui d'observations nombreuses et précises.

Or la grippe réalise, il nous semble, presque les conditions que créent l'hémiplégie et les traumatismes du système nerveux ; elle a sur celui-ci une action intense, elle l'excite rarement, le déprime presque toujours ; cette dépression allant parfois jusqu'à la paralysie. Peu d'infections sont aussi déprimantes et on connaît depuis longtemps l'état décrit par M. Pottain sous le nom *d'asthénie post grippale* et par M. Ferrand, sous le nom *d'hyposthénie nerveuse* des convalescents.

La neurasthénie grippale n'est plus à démontrer, et nous savons des malades touchés profondément par une des nombreuses épidémies que nous traversons depuis 1889-90, dont le système nerveux a mis un temps considérable à reprendre ses fonctions. N'est-il pas permis de penser que cette dépression nerveuse peut, sans atteindre les degrés extrêmes de la forme bronchoplégique, jouer un rôle dans la résolution lente et traînante de certaines formes congestives ?

Ne pourrait-on pas admettre, dans cette hypothèse, que les formes asphyxiques et les formes à résolution lente, appartiennent surtout aux malades à système nerveux taré antérieurement, et par conséquent moins apte à réagir ; tandis que les formes à allure pneumonique seraient plutôt l'apanage des malades sains et vigoureux ? Pour nous, l'examen de nos faits nous a conduit à accepter cette opinion. — Le sujet de notre observ. III est un neurasthénique, très impressionnable, très facile à décourager et à déprimer au physique et au moral ; celui de notre obs. VIII était le type parfait du neurasthénique constitutionnel, porté aux idées noires, incapable d'un effort soutenu et se laissant aller, dès qu'il éprouvait le moindre malaise. Au contraire l'enfant de l'Obs. IV est vigoureux, bien portant d'ordinaire ; la jeune fille de l'Obs. II n'a jamais eu d'accidents nerveux. Aussi nous n'hésitons pas à penser qu'il y a dans l'état nerveux général des malades un élément de pathogénie et de pronostic qu'il ne faut pas dédaigner.



Pronostic

La congestion pulmonaire d'origine grippale pouvant se présenter sous des aspects variés, pouvant évoluer de façons différentes et comporter des terminaisons diverses, on ne peut guère porter un pronostic général ; mais il est toutefois possible de trouver dans les antécédents personnels ou héréditaires du malade, dans sa façon de réagir, des éléments d'appréciation.

D'une manière générale, les formes aiguës et bien franches comportent un pronostic meilleur que les autres. « La fluxion de poitrine ne tue guère ; » et il est assez rare de voir subsister des reliquats suspects après la disparition d'une affection vraiment aiguë du poumon ; la pneumonie de Grisolle passe rarement à l'hépatisation grise, et on ne croit plus aujourd'hui aux transformations caséuses lisez tuberculeuses, sur lesquelles Virchow et Niemeyer avaient fondé la doctrine dualiste.

Bien au contraire, la congestion à forme broncho-plégique met immédiatement le malade en danger et

le mène droit à l'asphyxie. Elle est l'indice d'une dépression profonde et d'un empoisonnement intense. Le malade est emporté par l'état général bien plus que par l'action asphyxiante d'un foyer qui peut ne pas être étendu, comme le prouve le cas du malade qui fait l'objet de notre observation.

Si nous nous en rapportons à l'observation que nous avons décrite au cours de notre étude, la congestion grippale à forme spléno-pneumonique ne nous paraît pas comporter un pronostic immédiatement mauvais. C'est d'ailleurs là un fait général bien mis en lumière par MM. Granchet, Queyrat, Bourdel. Mais que dire de son pronostic éloigné? Voici soulevée la question grave de la tuberculose post grippale, question si importante et si diversement jugée, au début tout au moins. Il semble bien démontré aujourd'hui que si le phtisique en activité a dans certains cas, peu à souffrir de la grippe (Brouardel) celle-ci peut chez quelques malades donner un coup de fouet à l'infection antérieure.

Elle constitue en tout cas, chez les prédisposés, une cause occasionnelle redoutable et l'on devra toujours penser à la possibilité de la tuberculisation en présence de spléno-pneumonies survenues chez des grippés héréditairement suspects ou exposés à la contagion. C'est dans un examen attentif des sommets, dans la recherche minutieuse des signes du début de la tuberculose si bien étudiés par M. Granchet et ses

élèves, qu'on cherchera et qu'on trouvera les éléments d'appréciation les plus sûrs.

Dans le pronostic d'une grippe et surtout de ses complications pulmonaires, il est encore un point dont il importe de tenir grand compte. Nous voulons parler de l'état général antérieur du sujet et surtout de son système nerveux. Les tares nerveuses antérieures en prédisposant le système nerveux à l'action du virus grippal, ont une influence désastreuse sur l'évolution des accidents pulmonaires, nous ne saurions trop le répéter, il faut en tenir grand compte.

Disons en terminant, que les allures insidieuses particulières à la grippe ne permettent pas, au début d'une localisation pulmonaire, de porter un pronostic favorable, il faut se réserver et attendre. La congestion la plus anodine en apparence peut grandir brusquement et mettre le malade en danger. Et en somme, si le pronostic des formes congestives, la bronchoplégie exceptée, est dans son ensemble, plus favorable que celui de la broncho-pneumonie ou de la pneumonie, il faut se rappeler que les complications thoraciques comptent parmi les accidents les plus graves de la grippe et que suivant l'expression de M. Galliard : « Quand la grippe tue, c'est qu'elle frappe au thorax. »

Traitement

Le traitement de la congestion pulmonaire d'origine grippale doit être un traitement local (nous en parlerons bientôt) mais aussi et surtout un traitement général.

Le traitement général consiste à combattre l'infection en s'adressant directement à l'agent pathogène et en relevant les forces du malade.

Empiriquement tous les médecins sont d'accord pour préconiser la quinine. Dans le cas particulier ce médicament a l'avantage de s'adresser à l'élément congestif, il est donc tout à fait indiqué d'y avoir recours. On peut employer soit le sulfate un peu délaissé aujourd'hui, soit le chlorhydrate ou le bromhydrate. On y joindra une médication tonique alcool, café si le cœur faiblit.

Dans les formes paralytiques, on aura recours à la caféine en injections hypodermiques de préférence, aux injections d'éther s'il y a du collapsus. La strychnine comme excitant du système nerveux, la digi-

taline au besoin, trouvent leur emploi dans certains cas.

Ici comme dans toutes les infections, il est utile de faire fonctionner le foie et les reins, c'est dire que les diurétiques, lait, etc..., doivent être recommandés. Nous avons vu administrer l'iodure de caféine à la dose de 2 gr. par jour ; le résultat a été encourageant ; dans le même ordre d'idées, on pourrait recourir à la théobromine à la condition que les reins fonctionnent bien.

Quant au traitement local, il doit viser d'abord la douleur du côté dont les malades se plaignent souvent. Disons à ce propos que sans partager complètement les idées de M. le Professeur Landouzy qui proscriit presque systématiquement l'antipyrine, nous croyons ce médicament peu indiqué en pareil cas ; il a le grand défaut de restreindre la sécrétion urinaire alors qu'il convient au contraire de la solliciter par tous les moyens. La révulsion, et surtout la révulsion par le vésicatoire a été dans ces dernières années l'objet de critiques nombreuses ; après les discussions où des médecins comme M. le Professeur Dieulafoy, des physiologistes comme M. Laborde se sont énergiquement prononcés contre son emploi, peu de praticiens ont continué à s'en servir ; il n'a pas été employé chez nos malades. Chez le sujet de notre observation I des pointes de feu ont été appliquées à plusieurs reprises sans bénéfice appréciable. Les

cataplasmes sinapisés, les feuilles de sinapisme, les ventouses sèches pourront être employées dans la plupart des cas, ce sont des moyens inoffensifs qui ne peuvent en tout cas causer aucun dommage au patient.

Jamais nous n'avons eu l'occasion de voir se poser devant nous les indications d'une émission sanguine. Peut-être, en présence de certaines congestions très étendues, pourrait-on recourir à la saignée générale ? Mais il sera bon de se rappeler que les médecins du siècle dernier ont observé parfois de véritables désastres à la suite de son emploi. Il est, de plus, certain que dans une maladie déprimante comme la grippe, il faut au moins se montrer très réservé dans l'emploi d'une médication spoliatrice.

La sérothérapie pourrait également rendre des services, nous ne parlons pas de sérothérapie spécifique pfeifeirienne, cette sérothérapie n'existe pas encore, mais de lavage du sang par des injections hypodermiques de solutions physiologiques de chlorure de sodium ; nous pensons que chez des malades fortement déprimés, chez ceux qui sont infectés profondément, une telle médication trouverait être avantageusement employée.



CONCLUSIONS

La congestion pulmonaire liée à la grippe peut se présenter sous plusieurs aspects :

I. — Elle peut affecter une forme tout à fait spéciale décrite par M. Ferrand, et caractérisée par une diminution de perméabilité et une augmentation de densité du parenchyme pulmonaire. On peut l'appeler la *forme atélectasique*.

II. — Elle peut prendre la forme classique de la maladie de Woillez ou congestion pulmonaire primitive, fluxion de poitrine de MM. Grasset et Dieulafoy.

III. — Dans d'autres cas elle revêt les caractères de la *spleno-pneumonie* de M. Grancher. Sous cette forme, la congestion pulmonaire grippale est très tenace et peut persister bien des jours sans aucune modification locale alors que l'état général s'est relevé.

IV. — Elle peut avoir les apparences d'une véritable broncho-pneumonie.

V. — Enfin elle se complique parfois d'un état parétique des bronches qui peut conduire à l'asphyxie

rapide. Forme asphyxique de Graves. Forme broncho-plégique de M. Huchard.

VI — La pathogénie des congestions grippales est complexe et nous ne sommes pas en mesure de préciser le rôle du bacille de Pfeiffer ; mais les données de la clinique et l'existence de nombreux cas de grippe au moment où nous avons recueilli nos observations nous permettent de penser que l'agent pathogène était bien le bacille de Pfeiffer et que ces formes de congestion étaient, en tout cas, manifestement liées à la grippe.

VII. — L'influence du virus grippal sur le système nerveux est particulièrement sensible ; aussi les sujets fatigués et surtout ceux dont le système nerveux est taré, paraissent-ils atteints de préférence des formes spléno-pneumoniques et broncho-plégiques, formes graves, cette dernière surtout, de congestion pulmonaire grippale.

Vu :

Le Président de la Thèse,
C. POTAIN.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer .

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Bourgeois. — De la congestion pulmonaire simple. Th. d. 1870.

Bourdel. — La spléno-pneumonie. Th. de Paris 1886.

Braschetti. — Ricerche Bactériologiche sull' Influenza (Riforma medica, 1892, t. VIII, p. 226).

— Huovo contributs. allo studi del baccillo dell' Influenza et specialmente della sua azione pathog. nel coniglio (Rif. med. 1893, t. IX, p. 62).

— Die experimentalle immunitat gegen Influenza (Deutsch med. Woch).

— Alcune questioni intorno all baccillo dell' Influenza (Rif. med. 1893, t. IX, p. 42).

Dechambre. — Dictionnaire de Médecine.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne (T. I, p. 195).

Dounain. — Formes cliniques et diagnostic de la grippe (Thèse Paris, 1886).

Dupré. — Considérations générales sur la fluxion de poitrine de nature catarrhale (Montpellier médical, 1830, t. IX, p. 1).

Fereol. — Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe (Société méd. des hôpit., séance du 21 fév. 1890).

Ferrand. — Sur un état particulier du poumon qui précède les complications pulmonaires de la grippe (Société médicale des Hôpit., séances 8 janv. et 24 janv. 1890).

— De quelques accidents de la grippe (Id. séance 21 fév. 1890).

Finkler. — Influenza pneumoniae (Deutsch med. Woch. 1890).

Galliard. — La grippe, 1898.

— Traité de médecine et de Thérapeutique.

Gellié. — La grippe et son traitement par le sulfate de quinine (Bordeaux, 1890).

Grancher. — Maladies de l'appareil respiratoire 1890.

— Bull. et Mémoires de la société méd. des hôp. 1881.

— Spléno-pneumonie chez l'enfant, leçons recueillies par M. le D^r Legendre. Bull. Méd. 1888.

Grave. — Clinical lectures, 1837.

Grasset. — Fluxion de poitrine de nature catarrhale (Montpellier méd. 1874, n^{os} 241 et 295).

Huchard. — Société médicale des Hôpit. 1890.

— Leçons de thérapeutique et de clinique médicale de l'hôpital Bichat (Paris 1889, p. 13).

— Sur quelques formes cliniques de la grippe,

infectieuse (Société méd. des hôp., séance du 24 janv. 1890).

— Quelques remarques cliniques sur la grippe (Société méd. des hôp., séance du 14 mars 1890).

Jaccoud. — Sur la grippe (Académie de méd., séance du 11 fév. 1890).

Joffroy. — Des différentes formes de broncho-pneumonies. (Th. d'agrég., Paris, 1880).

Jolles. — Zur actiologie der Influenza (Wiener méd., Blaetter 1890).

Klebs. — Zan Befund bei Influenza (Wiener klin. Woch 1890).

Landau. — Mémoire sur la grippe de 1837 et sur la pneumonie considérée comme symptôme essentiel de cette épidémie (Archives générales de médecine, 1837, t. I, p. 441).

Leviste. — De l'atélectasie pulmonaire. Gaz. des hôp. 1883, n° 91.

Marfan. — Traité de Médecine de Charcot-Bouchard.

Menetrier. — Grippe et pneumonie (Th. Paris, 1886).

Meunier. — Du rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil pulmonaire. Thèse de Paris 1896.

— Dix cas de broncho-pneumonies dues au bacille de Pfeiffer (Archives gén. de méd., p. 129 et 288).

Mossé. — Recherches expérimentales et cliniques sur l'influenza (Revue de méd., mars 1895).

Netter. — Traité de Médecine Brouardel-Gilbert. (A. Grippe, p. 189).

— Recherches bactériologiques sur la grippe (Bulletin Société méd. des hôp., séances des 24 janv. et 7 fév. 1890).

Pailloz. — Fluxion de poitrine (Thèse, Paris, 1888).

Parmentier. — Manuel de Médecine.

Peter. — Leçons de clinique médicale (1880-1893).

Potain. — Congrès du Havre, 1877.

— Congrès de Rouen. 1883.

— L'asthénie post grippale. Tuberculose néphrite et grippe. (Bulletin médical, 30 mars 1890).

Pfeiffer. — Vorläufige mittheilung über die Erreger der Influenza (Deutsh. med. Woch. 1893, n° 2).

— Weitere mittheilung über die Erreger der Influenza (1892, n° 28).

— Die ætiologie der Influenza (Zeitscher für hygiène, 1893, t. III).

— Fluxion pleuro-pulmonaire. Congrès de Rouen 1883.

Queyrat. — Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire. (Revue de Médecine, an. 1885, p. 23 et 397 et an. 1886, p. 260).

— De la spleno-pneumonie (Gazette des hôpitaux, 18 juin 1892).

Raige-Delorme. — Art. Grippe du dictionnaire en 30 vol.

Ribbert. — Anatomisch und bacteriologisch beobachtungen über Influenza. (Deutsh. med. Woch, 1890).

Seglas. — Sur les accidents hernieux de la grippe. (Soc. méd des hôp. Séance du 21 mars 1890.)

Seiffert. — Influenza 1883 (Volkmanu sommeling klinischer Beitrage, 1883).

Vaillard et Vincent. — Examen bactériologique dans la grippe (Société méd. des hôp. Séance du 24 janv. et 7 fév. 1890).

Weichselbaum. — Bacteriologisch und pathologisch untenenchungen uber influenza (Wiener klin. Woch. 1890).

— Beitrag zur ætiologie und pathologisch anatomie der Influenza (Wiéner klin. Woch, 1892, n^{os} 32, 33.)

Rommelaere. — De l'atélectasie pulmonaire. Gaz. des hôp. 1883.

Woillez. — Traité clinique des maladies aigües des voies respiratoires 1872.

— Archives générales de Médecine 1854-1856.

